

Année 1925

THÈSE

140

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Marcel BASCOU

Né le 4 Février 1899 à Saint-Martin de Valgalgues (Gard)
Ancien Interne de l'Hôpital de Saint-Germain

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE LA

Septicémie d'origine bucco-dentaire

(INFECTION FOCALÉ DENTAIRE DES AMÉRICAINS)

Président de thèse : M. le Professeur SÉBILEAU

PARIS

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1925

433

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1925

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Marcel BASCOU

Né le 4 Février 1899 à Saint-Martin de Valgagues (Gard)
Ancien Interne de l'Hôpital de Saint-Germain

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE LA

Septicémie d'origine bucco-dentaire

(INFECTION FOCALÉ DENTAIRE DES AMÉRICAINS)

Président de thèse : M. le Professeur SÉBILEAU

PARIS

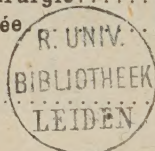
LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

—
1925

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	GUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
	GILBERT.
Clinique médicale	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	N...
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	N...
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.



II. — AGREGES EN EXERCICE.

MM.

ABRAMI.....	Pathologie médicale.
ALGLAVE.....	Pathologie chirurgic ¹ .
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.
BASSET.....	Pathologie chirurgic ¹ .
BEAUDOUIN.....	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.
BLANCHETIÈRE.	Chimie biologique.
BRANCA.....	Histologie.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
BUSQUET.....	Pharmacologie et ma- tière médicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgic ¹ .
CHAMPY.....	Histologie.
CHIRAY.....	Pathologie médicale.
CLERC.....	Pathologie médicale.
DEBRÉ.....	Hygiène.
I. de JONG.....	Anatomie pathologique.
DUVOIR.....	Médecine légale.
ÉCALLE.....	Obstétrique.
FIESSINGER.....	Pathologie médicale.
FOIX.....	Pathologie médicale.
GARNIER.....	Pathologie expériment.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER...	Urologie.
HOVELACQUE....	Anatomie.
JOYEUX.....	Parasitologie

MM.

LABBÉ (Henri)...	Chimie biologique.
LARDENNOIS.....	Pathologie chirurgic ¹ .
LE LORIER.....	Obstétrique.
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie
LEMIERRE.....	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL.....	Obstétrique.
LHERMITTE.....	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgic ¹ .
METZGER.....	Obstétrique.
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgic ¹ .
MONDOR.....	Pathologie chirurgic ¹ .
MOURE.....	Pathologie chirurgic ¹ .
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT.....	Bactériologie.
RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
RICHTET Fils.....	Physiologie.
ROUVIÈRE.....	Anatomie.
N...	Physique médicale.
TANON.....	Pathologie médicale.
TIFFENEAU.....	Pharmacologie et ma- tière médicale.
VAUDESCAL.....	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VILLARET.....	Pathologie médicale.
WELTER.....	Ophtalmoilogie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS.....	Physiologie.
GOUGEROT.....	Pathologie médicale.
GUENIOT.....	Obstétrique.

MM.

RETTERER.....	Histologie.
ROUSSY.....	Anatomie pathologique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
DUVRAY.....	Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE...	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.	PROUST.....	Clinique chirurgicale.
LALANNE-LAVASTINE...	Clinique médicale.	RATHERY.....	Clinique médicale.
LEREBoullet..	Clinique médicale in- fantile.	SCHWARTZ.....	Clinique chirurgicale.
LÉRJ.....	Clinique médicale.	TERRIEN.....	Clinique ophtalmologiq.
LÉPER.....	Clinique médicale.		

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé...	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
N... ..	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

A MON ONCLE ET A MA TANTE

MONSIEUR ET MADAME LOUIS BASCOU

A MA SŒUR

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. le Professeur CHAUFFARD ;
M. le Professeur Pierre DUVAL ;
M. le Docteur BENSAUDE ;
M. le Docteur BAUDET ;
M. le Professeur LEGUEU ;
M. le Docteur RUDAUX ;
M. le Professeur NOBÉCOURT.

A MON PRESIDENT DE THESE

M. le Professeur PIERRE SEBILEAU,
Professeur de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique
à la Faculté de Médecine de Paris,

En hommage de ma respectueuse
gratitude pour l'honneur qu'il me fait
en acceptant de présider cette thèse.

AVANT-PROPOS

Au moment de terminer nos études médicales nous avons à remplir un devoir bien agréable, c'est de venir ici exprimer toute notre reconnaissance aux Maîtres qui nous ont guidé durant le cours de notre Internat à l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye.

Nous ne pouvons oublier ce que nous devons aux Docteurs CHERECHEWSKI et VENOT : ils ont été des Maîtres d'une bonté et d'une loyauté dont nous ne pouvons trop leur rendre hommage : l'intégrité de leur conscience professionnelle et la dignité de leur conduite déontologique nous ont poussé souvent à solliciter leurs conseils et leur appui qu'ils nous ont accordés avec bienveillance. Nous les remercions de nous avoir inculqué l'amour de la clinique.

Nous remercions également le Docteur LARGET du souci qu'il a témoigné de nous apprendre quelques notions de technique chirurgicale, utiles aux praticiens de médecine générale.

Au Docteur MOREAU, le dévoué Chef de Laboratoire de l'Hôpital, à qui nous devons de nous avoir montré le concours si précieux que le Laboratoire

apporte à la Clinique, nous adressons l'expression de notre respectueuse gratitude.

Nous emportons le souvenir bien doux de l'harmonie qui régnait à la salle de garde de l'Hôpital et nous unissait à nos amis et collègues d'Internat, les Docteurs DIAMANT, COIGNET, JOUANNEAU et WILBERT, auxquels il est superflu de rappeler les sentiments dont ils eurent les preuves.

INTRODUCTION

Depuis une dizaine d'années, sous l'impulsion des travaux américains, la septicité buccale a pris une importance qui ne lui était pas accordée auparavant; ces auteurs ont attribué beaucoup d'infections générales, dites souvent cryptogénétiques, à un état pathologique de la bouche pouvant passer inaperçu, et ils lui ont donné le nom d'infection focale bucco-dentaire.

Ces travaux qui ont passionné la stomatologie ont été passés sous silence dans les traités de médecine générale.

C'est à l'occasion de l'observation clinique d'un de ces cas de septicémie cryptogénétique que nous eûmes le loisir de suivre de près, que nous nous sommes intéressé à l'étude de cette source locale d'infection, d'importance primordiale pour le médecin non spécialisé.

C'est un fait communément admis aujourd'hui et accepté par tous les cliniciens, que des foyers infectieux d'apparence souvent insignifiante et parfois impossible à déceler, parce qu'ils ne donnent lieu à

aucun signe clinique local, peuvent être la cause de phénomènes généraux ou de manifestations infectieuses en un point quelconque de l'organisme.

En effet, tous les médecins connaissent l'importance de la moindre lésion au niveau du pharynx et des amygdales et le retentissement sur l'état général, particulièrement chez les enfants : combien de ceux-ci présentent des signes généraux d'allure inquiétante dont l'explication se trouve dans une banale angine à streptocoques.

Est-ce qu'une appendicite ne détermine pas des symptômes d'infection profonde ? Bref, ces foyers infectieux se rencontrent partout dans l'organisme, les amygdales, le naso-pharynx, les poumons, la vésicule biliaire; ils contiennent, à l'état normal, des micro-organismes qui peuvent acquérir une grande virulence et donner lieu à ce que les Américains ont appelé « focal-infection ».

De même la bouche est un lieu, plus que tout autre, par ses fonctions, qui peut renfermer des foyers infectieux siégeant particulièrement au niveau des racines de dents; foyers occultes, ne donnant lieu à aucun signe local, n'attirant pas l'attention du malade ni celle du médecin, et cependant se manifestant par des phénomènes généraux dont le clinicien cherche péniblement l'explication.

En Angleterre et en Amérique un grand nombre de travaux parus dans les journaux de Médecine Générale, dans les périodiques dentaires, accompagnés de statistiques et de reproductions radiogra-

phiques, ont attiré l'attention du monde médical sur le rôle que peuvent jouer ces aires infectieuses, et en l'occurrence les foyers dentaires, dans la production des maladies de l'organisme.

Ces notions sont encore peu répandues dans notre pays, elles n'y sont acceptées qu'à contre-cœur; il est bien évident qu'elles ne doivent être accueillies que sous bénéfice d'inventaire, mais on ne peut *à priori* et de parti-pris, refuser de les discuter et d'en faire la critique.

Comme, d'autre part, les modalités cliniques de ces septicémies sont diverses, d'après les auteurs américains, nous pensons que les connaître c'est les prévenir.

D'après Mayo, combattre victorieusement les infections buccales c'est fortement augmenter le domaine d'efficacité de la médecine préventive; et le fait est que si l'on veut chercher, on trouvera l'infection buccale à l'origine plus ou moins immédiate de bien des maux qui ne semblent pas l'évoquer tout d'abord.

Il faut cependant le dire, on est allé beaucoup trop loin dans cette voie, et au milieu de faits dignes de remarque, de graves exagérations ont été commises.

Nous resterons sur le terrain de la Médecine générale sans prendre parti pour l'un des deux camps qui divisent les stomatologistes suivant qu'ils admettent ou non l'infection focale dentaire ou suivant leur méthode de traitement de cette infection: c'est parce que ces accidents de généralisation septicémique des

lésions bucco-dentaires sont rares, surtout chez l'adulte, un peu moins chez l'enfant, qu'ils ne sont pas décrits dans les manuels classiques de pathologie.

Cependant si les Américains en ont fait une question des plus importantes de la médecine, ce ne sont pas eux qui ont vu et décrit ces accidents les premiers.

En effet, il faut remonter assez loin pour se rendre compte que les médecins ont de tout temps connu l'importance de la bouche et des dents dans leurs rapports avec la pathologie générale : nous dirons même que CELSE avait signalé comme graves chez les enfants les maladies de la bouche.

Plus près de nous, CHASSAIGNAC, en 1859, signale des septicémies d'origine bucco-dentaire, et ayant observé des symptômes particulièrement graves, crée le terme de « cachexie buccale ».

RICHET, en 1865, présente des cas d'intoxications putrides à la suite d'interventions portant sur la cavité buccale.

Des médecins, BRISSAUD et BARTH' ont vu des septicémies avec endocardite et sous des aspects cliniques divers.

GALLIPE montre, en 1884, quelques-unes des conséquences de la septicité buccale. LEJARS observe des gens ayant des suppurations prolongées des dents, qui prennent l'aspect de grands infectés, et reprenant les idées de CHASSAIGNAC, parle de cachexie dentaire.

En 1901, SEBILEAU et Julien TELLIER, de Lyon, montrent qu'il existe à côté des formes mortelles des

septicémies bucco-dentaires, des formes soit aiguës, soit chroniques, pouvant simuler plusieurs types d'infections dont le diagnostic s'égareait facilement : et que ces septicémies ont pour conséquences des lésions variables localisées dans les tissus voisins ou distants : amygdalite, appendicite, suppurations multiples cutanées ou articulaires, purpuras, érythèmes souvent avec albuminurie.

Enfin, dans ces dernières années, les médecins, et surtout les stomatologistes américains, ont repris la question et ont admis que « la source principale de grand nombre d'infections est la cavité buccale ».

WILLIAM HUNTER, en particulier, insiste sur les lésions dentaires dont le point de départ serait dû à la dentisterie mécanique américaine : « mausolée d'or sur une masse d'infection ».

Les médecins acceptent-ils avec enthousiasme ces théories. C'est peu probable, mais nous pensons qu'il est des cas d'infections dont la cause est la septicité buccale.

Dans ce travail nous traiterons donc de la flore microbienne de la bouche, des formes cliniques des septicémies d'origine bucco-dentaire et des rapports que peut présenter la septicité buccale avec la médecine générale, la chirurgie générale, et nous terminerons en touchant de quelques mots la théorie américaine sur l'infection focale.

CHAPITRE PREMIER

LA SEPTICITÉ BUCCO-DENTAIRE

La cavité buccale, par sa situation, sa complexité, les organes qu'elle renferme, paraît être sans cesse menacée par une flore microbienne des plus diverses; elle est certainement le lieu de l'organisme le plus riche en bactéries, moins par leur nombre que par leur variété.

Il n'y a pas, dit NETTER, de foyer intrinsèque aussi important que la bouche, et pour la qualité des microbes qu'il renferme et pour la situation qu'il leur fournit. C'est un lieu de passage et par conséquent un lieu exposé à toutes sortes de contaminations : à son tour il transmettra l'infection à d'autres organes, tout comme les ports de mer étaient, au moyen âge, le point de départ des épidémies de peste et de choléra. La cavité buccale est le siège de nombreux microbes saprophytes qui, à la moindre cause pouvant mettre en état de moindre résistance la muqueuse, peuvent faire d'elle un des foyers d'infection le plus important de l'organisme. Elle est une étuve merveilleuse-

ment disposée et dont les causes d'ensemencement sont incessantes. Les aliments lui apportent d'innombrables impuretés de l'extérieur; la presque totalité des germes aériens passent par elle.

Dans une note Vincent et Lochon ont écrit : « Le malade qui tousse, parle, projette dans l'atmosphère, avec les particules provenant de la cavité buccale, un nuage microbien qu'il est facile de mettre en évidence. » Dans les expériences qu'ont fait ces auteurs ils ont vu qu'une plaque de gélose placée à dix ou vingt centimètres de la bouche se charge de colonies nombreuses; après deux minutes de parole la culture sur gélose donne 209 colonies, après cinq minutes 640 colonies.

D'autre part, un auteur italien, de VECCHIS, prétend qu'un individu à bouche saine, le matin au réveil, a dans sa cavité buccale trois milliards de bactéries prêtes à attaquer si elles trouvent un point faible.

L'étude des microbes de la bouche a tenté de nombreux expérimentateurs : c'est à MILLER, en 1885, et à VIGNAL, en 1886, que nous sommes redevables des premières recherches. Le premier a trouvé plus de cent variétés de microbes, VIGNAL en a décrit vingt-cinq espèces différentes.

Il est classique de diviser un peu arbitrairement les microbes de la bouche en deux catégories :

1° Les saprophytes : microbes banaux, non pathogènes, susceptibles de devenir virulents dans certaines conditions et pouvant contribuer à des septi-

cémies plus ou moins graves. Parmi eux on peut citer :

Le bacillus subtilis ; le bactérium terno, ce dernier microbe aérobic, qui liquéfie rapidement la gélatine, fait fermenter les sucres. Le bacillus amylobacter, le bacillus tremulus.

Deux autres micro-organismes sont plus importants parce qu'ils sont les hôtes constants du tartre dentaire; ce sont le spirochete dentium dont la distinction avec le spirochète pâle est des plus délicate à établir, et le vibrio regula.

RODELLA a trouvé le bacillus putrificus de Bœnstock.

Il existe enfin, dans certains cas, des streptothricées, en particulier le leptothrix bucalis, qui semblent jouer un rôle dans la destruction de l'émail.

2° Les bactéries pathogènes sur lesquelles la communication de PASTEUR a attiré l'attention sont le pneumocoque, puisque ce fut le premier microbe de la bouche décrit, et dont le rôle est des plus important en pathologie : le pneumo-bacille de FRIEDLEANDER.

Le microbe le plus répandu est, comme l'a montré le Professeur WIDAL, le streptocoque : sa fréquence est extrême, cependant beaucoup de bactériologistes n'admettent pas l'identité du streptocoque de la bouche et du streptocoque pathogène.

Les auteurs américains se sont particulièrement étendus sur l'étude de ce microbe : HARTZELL et HEN-

RICI, cités par ROSENOW, sur 162 cas d'abcès péri-dentaires, trouvent le streptocoque 150 fois.

BILLINGS et ROSENOW, bactériologistes de la clinique MAYO, à Rochester, ont isolé le streptococcus viridans non hémolytique dont nous verrons l'importance du rôle qu'ils lui font jouer dans leur théorie de l'infection focale dentaire.

On trouve également dans la bouche des staphylocoques, le coli-bacille, le tétragène, le pyocyanique, et un microbe que GALLIPE a isolé du pus de la polyarthrite alvéolodentaire et qu'il a appelé streptococcus et qu'il rapproche du streptocoque pyogène de ROSENBACH.

Un rôle important est joué par le méningocoque de WEICHELBAUM, et il est inutile d'insister sur la pathogénie de la transmission de la méningite cérébro-spinale.

Une autre catégorie de microbes trouve une place importante dans la flore buccale : ce sont les spirilles.

Tout d'abord le spirille qui s'associe au bacille fusiforme de VINCENT.

En 1912, NOGUCHI isole du pus de la pyorrhée dentaire un tréponème, le tr. mucosum, auquel il attribue un certain rôle dans la production de la fétidité du pus.

Enfin des travaux plus récents ont montré qu'il existe un protozoaire fréquent dans cette même pyorrhée, l'entameba buccalis.

Il faut ajouter enfin le bacille de LÖFFLER qui peut

persister longtemps en état de virulence. Le bacille de KOCH est un hôte beaucoup plus inconstant, mais qui existe cependant à l'état latent, en dehors de toute lésion tuberculeuse.

On comprend qu'un milieu pareil puisse être le point de départ de l'infection de l'organisme, comme nous tâcherons de l'étudier dans cette thèse.

CHAPITRE II

LA SEPTICITÉ BUCCO-DENTAIRE ET SES CONSÉQUENCES

Dans sa description des accidents septiques d'origine bucco-dentaire le Professeur SEBILEAU avait signalé trois formes d'infection au point de vue anatomo-pathologique. Il distinguait en effet :

- La septicémie lympho-phlegmonneuse du cou ;
- La septicémie phlébo-phlegmonneuse de la face ;
- La septicémie sans détermination anatomique.

C'est la dernière seulement qui intéresse notre travail, ce serait sortir de son cadre que de nous étendre sur les deux premières formes; nous ne nous attarderons qu'aux septicémies sans localisation qui surviennent à la suite de lésions dentaires plus ou moins évidentes. Ce sont ces dernières seulement qui ont fait l'objet de l'étude des Américains et qui permettent seules de parler d'infection focale.

Nous verrons que toutes sortes de lésions gingivo-alvéolaires, même non évidentes, ont été accusées de déterminer des infections généralisées. Nous verrons que s'il n'y avait qu'un pas à franchir pour leur attribuer un rôle de premier plan dans le déterminisme

des maladies infectieuses, ce pas a été franchi par beaucoup d'auteurs, W. HUNTER, W. DUKE, CH. MAYO, qui sont arrivés à des opinions diverses. Nous essaierons de nous rendre compte de l'importance réelle du rôle que joue la septicité buccale en médecine, en chirurgie et en obstétrique.

Nous diviserons donc ce chapitre en quatre parties.

Dans une première nous décrirons les accidents cliniques généraux qui ont été observés et quelles sont les lésions bucco-dentaires susceptibles de les avoir provoquées.

Dans les trois autres parties nous essaierons d'établir les rapports que peut présenter la septicité buccale avec la Médecine Générale, avec la Chirurgie Générale, avec la puerpéralité, en dégagant les conclusions qui en découlent.

I. — ETUDE CLINIQUE

Ces septicémies évoluent d'une façon sournoise, et par suite rendent le diagnostic des plus délicat. SEBILEAU en signale des cas à la suite de suppurations alvéolaires et les décrit comme étant plutôt cachectisantes et de pronostic fatal. En réalité, ces cas sont assez rares qui soient vraiment des septicémies cryptogénétiques.

Le Professeur ACHARD et CH. GARDIN ont publié, en 1920, une belle observation de septicémie streptococcique dont les conclusions paraissent légitimer

quelques-unes des idées de W. HUNTER et de Fr. BILLINGS.

Elle concerne un jeune homme de 25 ans qui, dans l'enfance, avait été atteint d'une coxalgie ayant nécessité la résection de la tête fémorale, et qui entra en juillet 1920 à l'Hôpital Beaujon. La maladie avait débuté par des signes généraux sérieux faisant hésiter le diagnostic entre fièvre typhoïde et tuberculose aiguë : l'hémoculture montra qu'il s'agissait d'une streptococcémie ; la maladie dura trois semaines avec des signes généraux graves, hyperthermie, adynamie, etc., et se termina par la mort. La porte d'entrée de l'infection resta inconnue, mais l'attention avait été attirée vers le dixième jour du côté de la bouche qui présentait un peu d'œdème blanc de la région sus-hyoïdienne et des gencives.

Nous pouvons penser qu'il s'agissait là d'une septicémie cryptogénétique d'origine bucco-dentaire. Evidemment cette conclusion n'est pas inattaquable, mais le fait que dans l'observation d'ACHARD l'examen de la bouche a été pratiqué et a permis de suspecter celle-ci, nous avons le droit de penser qu'elle eut pu être le point de départ de l'infection.

D'autre part, nous avons d'autres observations plus démonstratives. Durant notre Internat à l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye, il nous a été permis d'étudier un cas de septicémie cryptogénétique grâce à notre Maître, le Docteur VENOT, que nous remercions tout particulièrement de nous avoir instruit de ces notions sur la septicité buccale.

•

OBSERVATION 1 (Personnelle)

M. Henri G..., 30 ans, jockey à Maisons-Laffitte, entre à l'hôpital de Saint-Germain le 30 septembre 1924, malade depuis cinq semaines, signale comme seul antécédent pathologique une mauvaise dentition. Depuis le milieu d'août 1924 se plaint de céphalées le matin et le soir, d'asthénie, d'amaigrissement, le malade constate lui-même qu'il a perdu six kilos en un mois. Il continue cependant à monter à cheval, mais ne peut fournir autant d'efforts qu'auparavant. En outre, anorexie marquée, transpiration abondante la nuit ; pas de troubles digestifs ; pas de toux. Au début de septembre, prenant sa température matin et soir, il constate une fièvre continue, oscillant entre 38 et 39°. A son entrée à l'hôpital on observe un sujet asthénique d'aspect général médiocre, le teint terreux, présentant une tension artérielle 8-11, température axillaire 38° le matin, 39° le soir, la langue est sale, la bouche en mauvais état, l'haleine fétide.

L'attention n'est pas attirée du côté du tube digestif et bien que les poumons ne présentent rien de particulier, on pense à une forme de tuberculose pulmonaire.

Le cœur est normal.

Le 1^{er} octobre, un examen bactériologique des crachats est négatif. La recherche des bacilles de Koch dans les selles, suivant la méthode de Venot et Moreau, est négative.

Le 3 octobre, réaction Bordet-Wassermann négative. Réaction de Besredka négative.

Le 14 octobre nouvel examen des crachats après homogénéisation négatif. Jusque là pas d'amélioration de l'état général.

Le 19 octobre, le malade se plaignant de névralgies dentaires, on constate un insignifiant abcès dentaire de la gencive supérieure droite, la bouche est pleine de dents

cariées : deux jours après, extraction de quatre dents, dont deux grosses molaires et deux canines supérieures présentant toutes de la carie du 4^e degré : le soir même on constate un abaissement de la température et pour la première fois le malade prétend se trouver mieux. Le 28 octobre, extraction de cinq nouvelles dents, dont deux grosses molaires supérieures. L'état général s'améliore, la fièvre diminue, l'asthénie est moins marquée, la céphalée presque disparue, l'appétit revient, la transpiration nocturne diminue.

De nouveaux examens bactériologiques sont pratiqués qui sont négatifs comme précédemment. Huit jours après, on constate une nouvelle poussée hyperthermique avec aggravation de l'état général et de nouveau le malade attire l'attention sur sa bouche, où l'on constate un second abcès dentaire qui dure cinq jours et disparaît sans autre intervention. En même temps que lui, la température descend et l'état général redevient bon : cet état persiste, le malade reprend du poids, de la force, sa tension artérielle est à ce moment-là de 10-13. Il sort guéri de l'hôpital le 24 novembre.

En somme, nous avons observé chez ce malade, une amélioration évidente à chaque extraction dentaire, suivie de l'aggravation au moment de l'évolution d'un nouvel abcès. Il semble bien que l'on était là en présence d'une infection à point de départ alvéolo-dentaire. Ce malade, en effet, présentait le type de ces aires infectieuses sur lesquelles les médecins américains ont attiré l'attention.

OBSERVATION 2 (DUFORMENTEL)

Le soldat T..., 30 ans, malade depuis le 10 janvier 1918, entre à l'hôpital de prothèse maxillo-faciale de la VI^e région

avec ostéopériostite grave d'origine dentaire. On constate un abcès de gros volume en rapport avec les racines d'une molaire inférieure gauche. L'avulsion donne issue à une grande quantité de pus fétide. Pas d'amélioration, augmentation de volume de l'abcès, nouvelle incision. Après quelques jours, constitution d'un phlegmon sous-angulo-maxillaire qui est ouvert largement, amélioration de l'état général.

Au bout de quelques jours, aggravation de tous les symptômes : température élevée avec grandes oscillations, symptômes graves d'infection générale, le malade continue à s'alimenter, ses urines ne contiennent ni sucre, ni albumine, mais l'état général s'altère rapidement, le teint est terreux, le pouls rapide, le malade présente un jour un frisson qui ne se reproduit pas. Tous les moyens sont mis en œuvre pour lutter contre cette infection, successivement injection intra-veineuse de métaux colloïdaux, abcès de fixation, transfusion du sang amenant une sédation momentanée des symptômes. Mais l'aggravation reparait, la dynamique fait des progrès rapides, des escarres se produisent, le malade meurt vingt jours après son entrée à l'hôpital. L'autopsie ne montre pas d'autre lésion qu'une hypertrophie de la rate et des reins.

OBSERVATION 3 (D^r BERCHER)

M. T..., médecin-major, est atteint de carie pénétrante, nécrose pulpaire, avec arthrite et fistule sur la face distale de la dent de 12 ans. Traitement entrepris, dent ouverte et pansée avec une mèche antiseptique; au bout de deux mois, obturation des canaux radicaux à la pâte rose. Le lendemain M. T... présente des douleurs violentes avec fièvre, insomnie pendant la nuit. On enlève alors la pâte rose, l'amélioration est immédiate.

Au bout d'un mois, on procède une deuxième fois à l'obturation des canaux. Rapidement le malade ressent un

réel malaise. Aggravation de l'état général, vomissements, urticaire généralisé. Dans la nuit suivante état franchement mauvais, éfièvre, anurie presque complète. Localement l'état de la dent paraît satisfaisant, mais on note toujours le même degré d'arthrite : au bout de 24 heures, les accidents généraux ont disparu.

La dent est extraite : le ciment est granuleux, l'apex porte un petit granulome.

En résumé, dent très profondément infectée : pansement au formol ; première obturation à la pâte rose suivie d'accidents infectieux ; ouverture de la dent, seconde série de pansements formolés ; nouvelle obturation des canaux suivie d'accidents généraux sérieux.

OBSERVATION 4 (D^r LAGRANGE)

M^{me} G..., ménagère, trois enfants vivants, en bonne santé. Etat dentaire déplorable, présente en particulier de nombreuses tumeurs péri-apicales non fistulisées. Etat général médiocre, teint plombé, fluxions fréquentes et douloureuses, suivies d'abcès dont certains sont fistuleux ; courbature et douleurs articulaires.

Extraction de toutes les dents, y compris les dents antérieures présentant des foyers pyorrhéiques importants. Amélioration brusque de l'état général à la suite de la dernière extraction. La malade, qui suivait un traitement général depuis plusieurs années, a abandonné tous les remèdes.

Si nous résumons en quelques mots ce que contiennent ces observations, nous dirons : cachexie, amaigrissement ; comme l'a appelée LEJARS, cachexie dentaire ; cachexie buccale pour CHASSAIGNAC ; intoxication putride pour RICHET.

Pour tirer des déductions utiles il faudrait passer

en revue les lésions qui ont pu déterminer chez ces sujets l'infection générale.

Ces lésions sont le plus souvent des lésions chroniques pouvant présenter des poussées aiguës comme dans le cas de DUFOURMENTEL. En réalité que se passe-t-il ?

Une dent est infectée, l'infection dépasse la dent, frappe son articulation alvéolaire, il y a extension plus ou moins considérable aux tissus voisins et, par suite, manifestations générales graves, comme dans le cas qui se termina par la mort. A côté de ces lésions aiguës, les foyers chroniques sont les plus fréquents, les plus silencieux, les plus insidieux, parce que souvent ils ne s'accompagnent d'aucune manifestation clinique locale. •

Les auteurs américains considèrent comme des menaces constantes pour l'organisme les lésions suivantes :

1° Les infections gingivales, si communes à toutes les racines coupées; le type en est la pyorrhée alvéolaire ou polyarthrite alvéolo-dentaire, arthrite suppurée progressant du collet vers l'apex dans laquelle la notion générale de terrain reste au premier plan et dont la marche est favorisée par l'infection buccale et par toutes les causes d'affaiblissement de l'organisme. Dans la littérature américaine on la connaît sous le nom de maladie de RIGG. W. HUNTER insiste beaucoup comme causes de cette pyorrhée sur les obturations métalliques par appareil de prothèse.

Il y a toujours là un foyer d'infection pour l'organisme pouvant aboutir à la formation de poches purulentes multiples qui constituent une importante surface de résorption de toxines.

2° La périostite alvéolo-dentaire pouvant entraîner des fistules intarissables avec séquestres plus ou moins volumineux.

3° La périodontite chronique est la lésion la plus importante. Elle est localisée à la région apicale des dents, le fond de l'alvéole étant plus ou moins touché.

L'apex de la dent peut être détruit ainsi que le ligament alvéolo-dentaire. Ce sont ces abcès apicaux qui évoluent le plus silencieusement et qui se drainent, non pas à l'extérieur, par le canal dentaire ou par le ligament, mais bien dans le torrent circulatoire.

Il n'est pas rare qu'il s'agisse de kyste radiculaire ou de granulome qui s'enflamme et s'abcède. Ce serait peut-être là l'abcès borgne « blind abcess » des Américains. Cette lésion apicale est d'un diagnostic clinique très difficile. Elle ne se manifeste que par de la douleur à la mastication, mais on peut en reconnaître l'existence par la radiographie qui nous permettra de découvrir une zone claire péri-apicale plus ou moins étendue. Le rôle de la radiographie a été, dans ce cas, montré comme des plus utiles par nombre d'auteurs.

Les lésions que nous venons d'étudier sont-elles capables d'engendrer des infections générales de l'organisme ? *A priori*, il semble qu'en commentant

notre observation on soit tenté de l'affirmer, puisque chaque fois que l'on supprimait un de ces foyers on constatait une amélioration de l'état général. Cet état sub-infectieux paraissait être dû à des décharges constantes de toxines d'origine dentaire dans le torrent circulatoire.

Le problème est plus complexe, aussi, et nous allons le voir dans les pages suivantes, des exagérations ont été commises par les auteurs américains qui ont voulu faire de l'infection focale-dentaire un critérium de la médecine générale.

II. — LA SEPTICITÉ BUCCALE ET LA MÉDECINE GÉNÉRALE

S'il nous fallait reprendre ici l'énumération des affections conséquentes de l'infection focale dentaire d'après W. DUKE, ce serait écrire un chapitre de traité de maladies infectieuses, tant cet auteur s'est efforcé de faire dériver la plus grande partie de la pathologie du polymicrobisme buccal. D'autre part, d'après les travaux de ROSENOW, HARTZELL, BILLINGS, les foyers infectieux péri-dentaires sont, dans une grande proportion, responsables des lésions du cœur, des reins et des maladies du tube digestif. Le nombre des travaux consacrés à ce problème est tellement considérable en Amérique, qu'il est impossible de prendre connaissance de la plupart d'entre eux.

Cependant GALLIPE, bien avant les auteurs américains, prétend que le diabète est dans la grande majorité des cas, la manifestation d'une toxémie diges-

tive dont les facteurs seraient surtout une décharge de toxines émanant du tube digestif, et particulièrement de la bouche, sur le rôle de laquelle insiste l'auteur. D'autres, en particulier WATSON, décrit une infection bucco-dentaire à allure rhumatismale et appuyant l'opinion de W. HUDTER, sur la multiplicité des formes de cette infection, il nous donne des observations d'arthrite et de troubles rhumatismaux prouvant leur origine gingivo-dentaire par les effets du traitement des lésions locales.

A propos de l'origine dentaire du rhumatisme musculaire, LAGRANGE cite une observation que voici :

M. L..., 31 ans, douleurs au niveau de la 2^e molaire supérieure droite ; cette douleur augmente au moment des repas par suite des pressions exercées sur la dent, l'examen digital révèle une tumeur dans la région apicale. D'autre part, le malade à des douleurs persistantes depuis 18 mois au niveau de la fosse sus-épineuse gauche avec irradiation du côté de l'articulation scapulo-humérale. Examen pulmonaire négatif. Diagnostic : rhumatismes musculo-articulaires. Extraction de la dent indiquée plus haut ; amélioration presque immédiate des douleurs de l'épaule qui n'ont plus reparu.

Un auteur italien, DE VECCHI, dans un article en 1918, attribue à une origine buccale le rhumatisme articulaire et l'arthrite déformante. KRITCHEWSKI et SEGUIN, qui se sont intéressés particulièrement à cette question, mettent en avant les phénomènes articulaires.

Des éruptions cutanées de nature infectieuse ont

été, d'autre part, rapportées par WATSON à la même origine. Il s'agit, écrit SEBENCQ, d'un érythème infectieux à type scarlatiniforme ou d'érythème noueux. Le plus souvent l'éruption cutanée est polymorphe, parfois purpurique : les phénomènes peuvent rester localisés ou se généraliser. Enfin, DE VECCHIS a nommé l'urticaire et l'eczéma comme suite possible des foyers dentaires.

Il en serait de même pour l'infection tuberculeuse dont le développement serait attribué par les stomatologistes des Etats-Unis aux affections de la pulpe dentaire. C'est ainsi que Adolfo KNOPF, Professeur à l'Université de New-York a écrit que l'hygiène dentaire signifie prévention et préservation de la tuberculose. PAULET, dans sa thèse, cherche à démontrer l'influence de la carie dentaire sur l'évolution de la tuberculose, il ne croit pas la contamination par l'intestin aussi fréquente qu'il le semblerait d'après certains auteurs; il croit, par contre, que dans la bouche l'infection peut se faire beaucoup plus fréquemment, qu'il y a là de nombreuses portes d'entrée parmi lesquelles les caries dentaires et les gingivites ont été souvent méconnues, et c'est ce que veulent démontrer les observations qu'il expose.

De nombreux auteurs se sont efforcés de rattacher à cette cause des affections pulmonaires, cardiaques et digestives. Ils se sont basés surtout sur des faits cliniques, et ROSENOW, qui s'est placé sur le terrain de la médecine expérimentale, est, de son côté, arrivé à des résultats concordant avec ceux de la clinique.

Et d'abord, les classiques eux-mêmes ne nous apprennent-ils pas que la pneumonie naît de la virulence du pneumocoque, hôte habituel de la cavité buccale, qui est prêt à entrer en scène à la première occasion favorable sous la moindre cause d'affaiblissement du terrain.

Concurremment au pneumocoque nous pensons que le streptocoque pathogène, que l'on a presque toujours trouvé dans la pyorrhée alvéolaire, ne se contente pas de produire l'érysipèle, mais que l'exaltation de sa virulence peut produire une foule d'affections pleuro-pulmonnaires, parmi lesquelles les broncho-pneumonies et certaines pleurésies purulentes, sur lesquelles ont insisté RICKMAN et GODLEE en 1904.

Il y a quelque temps M. PERRIN apportait nettement l'appui de ses recherches à l'opinion classique, qui bien qu'attribuant à la gangrène pulmonaire une origine exogène, estime cependant qu'il s'agit souvent d'une infection buccale, et il appuie son opinion sur une observation dans laquelle une gangrène pulmonaire avec état général très grave se présenta chez un sujet à dentition très mauvaise, à gencives enflammées : il croit fréquent ce mécanisme.

La spirochétose, elle aussi, a été considérée comme ayant un point de départ bucco-dentaire à cause de l'existence fréquente du spirocheta bronchialis dans la bouche d'individus normaux. NAIRRESSE, dans sa thèse, confirme cette théorie et conclue en disant que la bouche est l'habitat normal du spi-

• rochette bronchique qui peut gagner les bronches soit à la suite d'affaiblissement de l'organisme, soit par exaltation de sa virulence sous une influence locale quelconque.

Dans un autre ordre de faits qui paraissent plus démonstratifs, COLDMANN rapporte que dans un hôpital d'enfants, à Londres, 52 % des petits malades atteints d'endocardite présentaient comme lésion première un abcès dentaire, le microbe agissant étant le streptococcus viridans.

De même KRITCHEWSKI et SEGUIN écrivent que la pyorrhée alvéolaire est rendue responsable de bien des localisations endocarditiques.

L'énumération ne s'est pas arrêtée là, et il n'est pas jusqu'à certaines affections nerveuses dont on a accusé les lésions dentaires d'être la cause, quoique MILLS, neurologiste américain, se soit violemment élevé contre pareille assertion. La méningite à méningocoque et à pneumocoque (ce fait est plutôt un axiome) d'après NETTER. L'encéphalite épidémique qui semble due à un germe véhiculé par les sécrétions buccales. Voire des complications névritiques d'après DE VECCHIS : et même depuis quelque temps certains auteurs ont émis l'idée que la sclérose en plaques avait pour cause un foyer infectieux chronique dentaire.

J.-N. ANVERS a vu, prétend-il, un cas de goitre exophtalmique guéri à la suite d'extraction de nombreuses dents cariées.

Enfin, des complications gastriques ont été signa-

lées. W. HUNTER, qui fut un des créateurs de la théorie de l'infection focale dentaire, insiste sur les dyspepsies, les douleurs gastriques sans cause apparente, et la gastrite infectieuse avec ulcération, que l'on a appelée gastrite septique de HUNTER.

Comme on le voit, la septicité buccale d'après ces médecins, a pris une importance par trop absolue. Il y a une part de vérité et une grosse part d'exagération, aussi ne devons-nous accepter des opinions que lorsque la preuve en aura été apportée. Nous devons nous borner, pour le moment, à nous faire une opinion de nous-même, et si elle est favorable à l'origine bucco-dentaire des symptômes observés, avoir recours à toutes les ressources de la clinique pour l'examen général et local du malade, aux ressources du laboratoire et de la radiographie, avant d'éliminer toute cause autre que la septicité buccale en présence d'une complication médicale quelconque ou d'une infection cryptogénétique.

III. — SEPTICITÉ BUCCALE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

Les relations qui existent entre la septicité bucco-dentaire et la pathogénie de certaines affections chirurgicales doivent attirer l'attention sur les règles qui en découlent pour la pratique de la chirurgie. Il y a plusieurs années que W. HUNTER a écrit : « Le chirurgien si pointilleux dans la désinfection des tissus sur lesquels il va opérer, qui regarde l'apparition d'une goutte de pus comme la conséquence d'une

faute d'asepsie, ne doit pas faire les opérations les plus compliquées et les plus graves sur l'estomac ou l'intestin, sans daigner accorder la moindre importance à l'existence de dents et de racines infectées. »

V. PAUCHET insiste sur la nécessité de cette pratique et il cite, à propos de la pathogénie de l'ulcus gastrique, l'action des infections d'origine dentaire (idée émise par ROSENOW).

Les rapports de l'infection buccale avec la chirurgie générale peuvent être considérés suivant deux aspects : 1° Les formes de septicémie à localisation chirurgicale qui ont été décrites; 2° Les complications à distance ou générales pouvant survenir à la suite d'une intervention chirurgicale importante.

Ces infections sont généralement des atteintes portant sur le tube digestif. Mais d'autres localisations ont été rapportées. Sans doute ces faits sont encore à vérifier, nous voulons seulement rappeler que les manifestations de la septicité bucco-dentaire, qu'elles soient constituées par des lésions évidentes ou non, ont été accusées d'être la source d'accidents infectieux exogènes ou endogènes dont le chirurgien ne peut se désintéresser.

Nous ne voulons pas insister sur les complications locales déjà très connues, et dont l'étude ne rentre pas dans le cadre de notre sujet, nous voulons dire les otites, les parotidites, l'angine de Ludwig qui sont signalées dans tous les traités de pathologie chirurgicale. Nous n'insisterons pas non plus sur les lésions décrites par SEBILEAU, septicémie phlébo-phlegmonneuse et lympho-phlegmonneuse.

Après que W. HUNTER eut décrit la gastrite septique, ROSENOW démontra l'origine bucco-dentaire de bien des cas d'ulcère de l'estomac, la pyorrhée alvéolaire s'accompagnant très fréquemment de pyrophagie chronique pouvant expliquer l'atteinte de la muqueuse gastrique par les germes buccaux.

Du côté de l'intestin, ROUSSIN, dans sa thèse de 1901, signale des appendicites, et à son tour DE VECCHIS publie des cas d'appendicite aiguë à la suite d'arthrite alvéolo-dentaire. D'autre part, KRETZ, dans 14 cas d'appendicite suppurée, consécutive à une infection buccale, a trouvé 12 fois le même streptocoque que dans la bouche.

A côté des atteintes gastro-intestinales, SCHEDE signale une ostéomyélite; une seule fois cependant. En somme, il semblerait surtout que la septicité buccale doit intéresser la chirurgie digestive.

En effet, ce devrait être une règle absolue de n'entreprendre aucune intervention sur le tube digestif sans avoir recherché et supprimé tout foyer infectieux dentaire : on a pu, dans certains cas où toutes les précautions d'asepsie ont été prises, incriminer des foyers dentaires ou péri-dentaires comme cause d'élévation de température chez des opérés : ces constatations ont été faites et on a observé l'existence de diverses variétés de streptocoques dans les aires infectieuses de la cavité buccale et dans le sang de tels malades. Dans ces cas, pourquoi ne pas redouter des complications générales ?

Pourquoi certains accidents graves et quelquefois

mortels, survenus après des interventions chirurgicales importantes, et dont on n'a pu expliquer la pathogénie, ne seraient-ils dus à une infection dentaire occulte, à un de ces foyers dont, avons-nous dit, le diagnostic ne peut être fait que par la radiographie ? Pourquoi ces foyers ne pourraient-ils, par leur présence, créer des modifications de l'organisme, le sensibiliser à un point tel qu'il suffira d'une nouvelle infection à dose infime, au moment de l'intervention, pour produire un choc très violent, parfois mortel.

Puisque ces accidents graves existent et que l'on est en droit de les rattacher à la septicité bucco-dentaire, il serait du devoir du chirurgien d'en rechercher les manifestations ou, tout au moins, de les faire rechercher par un spécialiste comme le font dans leur clinique les frères MAYO, à Rochester, où toute observation médicale ou chirurgicale est accompagnée de radiographie du système dentaire.

PAUCHET, dans un travail récent, conseille le traitement stomatologique surtout après les opérations, et dit, d'autre part, qu'avant toute intervention sur le tube digestif il faut prévenir les accidents par une hygiène dentaire sérieuse. Un auteur français, le Docteur FIEVEZ, au sujet de la marche de l'infection tuberculeuse, insistant sur les complications de la carie dentaire dans les inoculations du segment céphalo-cervical, dit qu'il ne soigne aucune affection osseuse sans commencer par un nettoyage de la bouche.

Donc, puisqu'il faut surveiller la bouche chez les

affaiblis pour éviter des complications médicales graves, il est encore plus important de la surveiller chez les opérés qui sont des affaiblis momentanés ; il faut penser à ces lésions buccales cachées. Tout cela, si l'on songe à la facilité de certaines infections septiques, et à la fréquence de certaines morts post-opératoires.

IV. — SEPTICITÉ BUCCALE ET PUERPÉRALITÉ

Nous savons que pendant la grossesse la femme se défend mal ou pas du tout contre les maladies infectieuses. Les infections prennent, pendant la gestation, une virulence particulière, surtout les infections streptococciques : or, les foyers dentaires n'échappent pas à cette règle ; cette prédisposition se manifeste encore plus grande à la fin de la grossesse, pendant le travail, pendant les suites de couches. Une question se pose donc : les lésions dentaires ont-elles une influence sur la puerpéralité ? C'est vraisemblable. Si nous parcourons la littérature anglo-américaine, nous trouvons des observations où, pendant les suites de couches des infections graves puerpérales n'ont eu d'autre origine que les infections dentaires. M. GUÉRIN-VALMALE rapporte à la Société de Montpellier une observation où des accidents dus à une dent malade furent suivis d'un avortement. A ce propos, voici, d'autre part, l'observation résumée

d'une malade qui est rapportée par le Docteur DU-FOUGÈRE :

Il s'agit d'une femme qui, mariée depuis quinze ans, a eu quatre enfants, les trois premiers accouchements à peu près normaux, aucun antécédent personnel. Au huitième mois de sa grossesse, la malade, qui avait auparavant de la stomatite catarrhale, présente des dents presque toutes atteintes de carie pénétrante et particulièrement une carie du 4^e degré avec arthrite alvéolo-dentaire d'une incisive supérieure gauche; quelques soins lui sont donnés que la malade néglige bientôt. Elle entre à la Maternité le 24 novembre 1923 et y accouche le même jour, accouchement normal. Le lendemain, elle commence à présenter de la fièvre qui persiste plusieurs jours, alors que l'involution utérine est normale et les lochies sans odeur. Le 1^{er} décembre, on constate que la malade a une pleurésie dont la ponction donne un liquide riche en polynucléaires; elle est évacuée sur un autre hôpital; à partir de ce moment-là, elle fait de la septicémie avec symptômes graves, état général de plus en plus mauvais; le 27 décembre, la malade succombe après avoir présenté des signes d'endocardite. Or, sa bouche avait présenté toujours le même état. Que conclure de cette observation? Il est difficile d'affirmer d'une façon certaine, sans recherches bactériologiques, que la septicémie observée chez une femme faisant de la pyorrhée alvéolaire ait pour origine ce foyer infectieux; mais cette origine est vraisemblable étant donné que l'on ne trouvait nulle autre part un foyer capable de l'expliquer, l'utérus paraissant indemne et ne semblant pas être le point de départ de l'infection. Nous pourrions dire que l'accouchement avait agi dans ce cas comme une intervention chirurgicale en affaiblissant l'organisme.

Enfin, la septicité buccale aurait pour certains une influence sur l'allaitement et, par suite, sur l'état général du nourrisson (combien de femmes pendant leur grossesse

et pendant l'allaitement hésitent à se faire soigner leurs dents de crainte de faire passer leur lait et, cependant, si une femme a besoin de bonnes dents, c'est bien une nourrice). C'est ce que veut démontrer P. Levy dans sa thèse en 1921. Pour lui, l'influence des lésions bucco-dentaires sur la glande mammaire en activité, leur influence sur la sécrétion lactée, qu'elle soit occasionnée par voie sanguine, qu'elle soit due à la gastrite septique, peut expliquer de nombreux troubles chez les nourrissons, troubles digestifs, diarrhée, vomissements, intolérance, état que les Anglais appellent « marasmus » et que, chez nous, nous nommons « hypotrophie ».

.....

Il résulte d'un examen sérieux de la révision que nous venons de faire sur les conséquences des foyers infectieux bucco-dentaires, que ces lésions ne sont pas toujours en cause dans certaines maladies (qui n'ont pas été guéries par le traitement local de la bouche) : et que si une bonne partie des travaux sont américains, il en est de ceux-là même qui se sont élevés contre ces exagérations, en particulier MILLS et J.-M. ANVERS.

Souvent aussi la cavité buccale, parce que très riche en microbes, est un foyer d'infection dont les toxines peuvent passer dans le torrent circulatoire, foyer d'infection d'autant plus grave qu'il est souvent impossible de le dépister sans le secours de la radiographie, nous nommons surtout la périodontite chronique dont la nature infectieuse a été démontrée par la culture et l'inoculation.

Et bien que nombre de malades aient été vic-

times de ces plages claires radiographiques, et n'aient éprouvé aucune amélioration de leur état général par de multiples extractions dentaires, il n'en est pas moins vrai qu'il faut rechercher dans les foyers gingivo-alvéolaires une cause réelle d'infection quand l'origine de celle-ci n'a pu être décelée dans aucune autre région de l'organisme.

Et si nous énumérons les maladies dont sont capables, au sein de l'économie, nombre d'éléments que nous savons exister dans cette cavité ; si nous nous rappelons que ces éléments peuvent en elle exalter leur virulence ; si nous savons ce qu'il faut redouter du colibacille de par ses manifestations antéritiques et urinaires, ce qu'il faut redouter du staphylocoque par la furonculose et l'ostéomyélite, du streptocoque, etc., nous connaissons par là-même le danger du polymicrobisme buccal. En somme voici, d'après l'opinion du Docteur ALLÈYS, d'Anvers, les conséquences de la septicité buccale.

1° Des infections exogènes dues à la pyophagie, infection portant sur le tube digestif, d'où importance en chirurgie intestinale.

2° Des infections endogènes dues aux aires infectieuses elles-mêmes, granulomes, kystes abcédés et qui comprennent des infections hémotogènes dont le retentissement à distance peut être considérable dans la détermination de certaines maladies ou de certaines complications d'ordre médical ou chirurgical.

CHAPITRE III

THEORIE DE L'INFECTION FOCAL DENTAIRE CONSEQUENCES THERAPEUTIQUES

La théorie de l'infection focale dentaire fut le résultat des observations cliniques et des recherches expérimentales de Fr. BILLINGS, de ROSENOW et de leurs collaborateurs depuis 1912. Pour eux, des foyers d'infection de petites dimensions comme le sont les foyers péri-apexiens, peuvent être l'origine d'infections générales ou de lésions à distance. Ces auteurs ont montré que ces foyers contiennent des micro-organismes qui ont été retrouvés avec les mêmes particularités dans les lésions métastatiques : parmi ces microbes, le plus important est le streptococcus viridans non hémolytique qui, sous diverses circonstances, peut acquérir des propriétés nouvelles qui sont ;

1° La transmutabilité — dans leur morphologie et leur pouvoir pathogène — ROSENOW a réussi à transformer le streptococcus viridans en un microbe à morphologie du pneumocoque,

2° L'affinité élective, le tropisme pour tel ou tel tissu : les microbes qui ont été pris dans une lésion secondaire d'un organe quelconque chez l'homme et qui ont été inoculés aux animaux de laboratoire, se sont retrouvés à l'autopsie dans des lésions analogues d'organes correspondants.

Cette théorie, dans les travaux de ROSENOW, est basée sur des faits cliniques et des faits expérimentaux. Dans l'observation d'un cas de septicémie buccale il signale qu'ayant trouvé un petit granulome au niveau d'une dent qui fut extraite, suivi d'amélioration de l'état général, il obtint une culture de streptococcus viridans, de quelques staphylocoques, de quelques streptocoques hémolytiques, qui inoculée à des lapins rapidement sacrifiés, a donné à l'autopsie les lésions suivantes : épanchement trouble dans les articulations, tache hémorragique dans le grand fessier droit, dans les reins. Dans une autre observation, il s'agit de symptômes au niveau de l'estomac, de lésions valvulaires du cœur, de lésions rénales.

En fait, ces résultats semblent apporter une preuve expérimentale de l'importance des foyers dentaires dans la production des maladies générales. En réalité ils peuvent être discutés.

Des objections ont été faites à cette théorie : quelques observateurs ont montré que les microbes trouvés dans les foyers localisés autour des dents sont souvent dépourvus de virulence et n'ont, par suite, aucune importance pathogénique : à quoi ROSENOW répond que *l'existence d'une virulence peut passer*

inaperçue, que les abcès apicaux sont les plus dangereux des foyers dentaires parce qu'ils évoluent habituellement sans symptômes et insidieux, *que ces foyers situés dans un tissu osseux inextensible ne peuvent se drainer que dans le torrent circulatoire*, soumis à des pressions transmises par les dents au moment de la mastication.

Les conséquences de la théorie de l'infection focale venant après les travaux de W. HUNTER, accusant la dentisterie de méfaits nombreux, furent de partager les praticiens en trois groupes lorsqu'il s'est agi de déterminer la méthode thérapeutique à suivre en présence de ces infections :

1° Les uns, partisans absolus de l'infection focale et de son retentissement sur l'organisme, qui croient à la nécessité de l'extraction de toute dent dépulpée.

2° Ceux qui pensent que les dents dépulpées non infectées peuvent être conservées.

3° Les autres, moins exclusifs, admettent qu'une dent infectée peut être traitée et aseptisée de façon suffisante pour pouvoir être conservée sans risques importants d'infection générale.

Pour Julius TORREN toute dent dépulpée, en puissance sinon en fait, est un danger pour la santé et doit être traitée par l'extraction : dans la discussion qui suit la communication de TORREN, Fred NOYE dit : « Le cas est différent suivant l'état dans lequel se trouve le patient, s'il est en bon état il faut être conservateur ; s'il présente des complications générales il vaut mieux se tromper en faisant l'extraction

de plusieurs dents, que de se tromper en en gardant une qui devrait être extraite », cet aphorisme paraît un peu trop absolu, car on ne peut sans vérification et sans démontrer s'il existe des rapports réels entre l'affection que présente le sujet et l'état de ses dents, faire une hécatombe de celles-ci et lui être nuisible par la suite.

PETERS, qui est un adversaire de la théorie de ROSENOW, prétend qu'il est suffisant de faire un traitement antiseptique des aires infectieuses sans avoir recours à un traitement radical. D'autre part, PERCY-HOWE insiste sur les objections déjà rapportées et dit que l'extraction des dents incriminées n'amène pas toujours la guérison des lésions à distance et les aggrave quelquefois : ce qui est exact, mais à quoi on a répliqué qu'en pareil cas toutes les dents malades n'ont pas été extraites et qu'il y avait en même temps d'autres foyers infectieux.

Ces derniers auteurs sont partisans de la dentisterie contre laquelle s'est élevé W. HUNTER. Au point de vue purement clinique, un des partisans de la théorie ajoute « chez un sujet présentant une affection générale, ce n'est pas sage de garder des dents infectées; mais s'il s'agit d'un sujet sain il faut l'avertir que si à l'avenir il souffrait de quelque maladie, il se rappelle qu'il a des dents dépulpées dans la bouche ».

Pendant quelque temps, en Amérique, les praticiens semblèrent accepter les idées nouvelles. W. HUNTER semblait avoir dit vrai et les partisans de

l'infection focale pouvaient avoir raison, ce fut alors une hécatombe invraisemblable et désordonnée de dents malades.

Après cette discussion, que l'on soit ou non partisan de l'infection focale, comment devons-nous considérer le problème ? Nous devons nous poser deux questions :

Les foyers infectieux périodentaires peuvent-ils créer des septicémies vraies ? Peut-on guérir ces foyers et comment ?

Il est évident que les lésions dentaires sont la cause de nombreuses infections, mais non la cause de toutes les maladies, et ne sont pas davantage la seule cause de toutes les maladies infectieuses. On en peut affirmer l'infection d'origine bucco-dentaire que la preuve en mains, preuve bactériologique ou preuve thérapeutique.

Quant au parti à prendre pour traiter les lésions incriminées, nous pensons qu'il ne faut pas être partial et éliminer d'emblée tel ou tel traitement que l'on soit ou non partisan de la théorie nouvelle. Nous pensons que ce n'est pas par un seul et même procédé de thérapeutique que l'on obtiendra le même résultat chez tous les malades.

Cliniquement on sait que les réactions individuelles sont différentes, que les tuberculeux ne se comportent pas de la même façon que les sujets sains, de même les syphilitiques, les albuminuriques, les diabétiques, les opérés récents, les accouchées : et

avant de faire un traitement il importe de poser des indications.

Nous pensons que chez les sujets ne présentant pas d'autre affection que les lésions buccales, l'organisme peut trouver en lui-même des moyens de défense, et qu'un simple traitement par les antiseptiques peut suffire à atténuer les foyers gingivo-alvéolaires et à éviter des complications. Mais chez les sujets tarés ou atteints d'une autre infection, chez les affaiblis, il faut supprimer la lésion et en même temps apporter à l'organisme des forces nouvelles par la vaccinothérapie, la sérothérapie. C'est au sens clinique du praticien de faire des diagnostics et de poser des indications précises de traitement.

CONCLUSIONS

1° L'existence de la septicémie d'origine bucco-dentaire n'est pas niable.

2° Ce sont les auteurs français qui, les premiers, ont entrevu l'importance de la septicité buccale dans ses rapports avec la pathologie générale : et les Américains, avec l'esprit systématique qui leur est propre, ont érigé ces notions en doctrine par trop absolue à la suite de laquelle beaucoup d'exagérations ont été commises.

3° L'affirmation la plus modérée que l'on puisse faire est que les foyers bucco-dentaires, en tant que sources d'intoxication générale, ne sont pas la cause de toutes les maladies, mais qu'elles sont toutefois une cause directe de certaines infections et, de plus, une cause fréquente d'aggravation d'autres maladies : que, d'autre part, une septicémie ne pourra être dite cryptogénétique que lorsqu'un examen sérieux de la région gingivo-dentaire aura été pratiqué à l'instar de l'examen des autres régions de l'organisme et aura montré qu'aucun foyer infectieux n'est décelé.

4° La septicité buccale doit être importante à surveiller par conséquent :

a) Chez les affaiblis, les tuberculeux, les diabétiques, chez lesquels elle peut prendre une certaine gravité ;

b) Chez les sujets atteints d'affections chirurgicales, chez les opérés, chez les femmes enceintes et les nourrices, où elle peut être responsable de nombreuses complications par le fait de l'affaiblissement de l'organisme, soit par l'infection elle-même, soit par l'intervention chirurgicale.

D'autre part, avant toute intervention grave, surtout sur le tube digestif, il importe de combattre et de supprimer tout foyer infectieux bucco-dentaire.

5° Le traitement de ces lésions peut influencer d'une façon indiscutable sur les manifestations générales : et ce traitement ne sera pas basé sur une seule méthode : il variera suivant l'état du sujet, radical chez les affaiblis, il pourra être conservateur chez les sujets sains.

6° De cette étude découle un corollaire : insister auprès des malades afin qu'ils fassent traiter leurs dents avant l'apparition d'une lésion profonde pouvant avoir des répercussions sur l'état général.

Vu Bon à imprimer :
Le Président de Thèse,
SÉBILEAU.

Vu et PERMIS d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

Vu :
Le Doyen,
ROGER.

BIBLIOGRAPHIE

1900

SEBILEAU. — Différentes formes de septicémie buccale.
(*C. R. du Congrès Internat.*, 1900, Sect. stomatolog.).

1901

William HUNTER. — Oral sepsis as cause of septic gastritis.
(*Journ. of Brit. dental Assoc.*, 1901.)

ROUSSIN. — Thèse Lyon, 1901, n° 1.

SEBILEAU. — Les septicémies bucco-dentaires. (*Presse Médic.*, n° 10, 1901.)

1903

Julien TELLIER. — Contribution à l'étude des septicémies bucco-dentaires. (*Revue de Stomatologie*, 1903.)

SABATIER. — Thèse de Lyon, 1903, n° 141.

1904

RICKMANN et GOODLE. — In *The Lancet*, déc. 1904, London.

1906-1907

J. TELLIER. — Septicité bucco-dentaire et ses conséquences.
(*Odontologie*, 1906.)

— Gastrite septique d'origine buccale. (*C. R. du Congrès Français de Stomatologie*, 1907.)

1911-1912

W. HUNTER. — The role of sepsis and antisepsis. (*The Lancet*, 1911, vol. 1.)

FR BILLINGS. — Chronic focal infection and their etiologic relations. (*Archives of intern. Médecine*, 1912, april, p. 483.)

J. TELLIER et DURAND. — *Province dentaire*, 1912.

NOGUCHI. — *Journal of experimental Méd.*, 1912, p. 194.

1914

GILMER et MOODY. — *Journal of the Am. dental Assoc.*, juin 1914.

1917

ROSENOW. — The relations of dental infection to systemic disease. (*Dental cosmos*, mai 1917.)

MENDEL. — *C. R. Soc. Biol.*, 22 déc. 1917, p. 909.

1918

W. HUNTER. — *Dental cosmos*, july 1918.

PRICE et BROOKS. — *Journ. of Nat. Dental Assoc.*, december 1918.

W. DUKE. — *Oral sepsis in its relationship to systemic disease*. (C. V. Mosby Company U. S. A., 1918.)

DUFOURMENTEL et FRISON. — Septicémie bucco-dent. (*Presse Médic.*, 1918, n° 45.)

CH. MAYO. — *Oral sepsis*. (*Dental cosmos*, july 1918.)

VINCENT et LOCHON. — Acad. de Médecine, séance du 15 octobre 1918.

KRITCHEWSKI et SEGUIN. — Pyorrhée alvéolaire. (*Presse Médic.*, 1918, n° 27.)

DE VECCHIS. — Le melattie della bocca come focolaio di affezioni metastatiche. (*La Riforma medica*, janv. 1918.)

1919

ROSENOW. — *Journ. of dental research.*, sept. 1919.

PERRIN. — *Presse Médicale*, 1919, n° 54.

SAJOUS. — *Progrès Médical*, 1919, n° 49.

J. M. ANVERS. — *Medical record*, 27 sept. 1919.

1920

- S. ADAMI. — *Dental record*, août 1920.
- HOWE. — *Journal of the National Dent. Assoc.*, 1920.
- J. MENDEL. — Foyers infectieux périapexien et leur répercussion d'ordre général. (*Odontologie*, 1920, n° 7.)
- J. LAGRANGE. — Influence de la septicité bucco-dentaire sur l'état général. (*Revue de Stomat.*, 1920, n° 6.)
- J. TELLIER. — La septicité bucco-dentaire des mères nourrices et le trouble digestif des nourrissons. (*Journ. de Méd. de Lyon*, 1920, n° 16.)
- Septicité bucco-dentaire et malad. génér. (*Lyon Médical*, 10 octobre 1920.)
- MAIRESSE. — Thèse de Paris, 1920.
- PAUCHET. — Ulcus gastrique. (*Journ. des Praticiens*, déc. 1920.)
- J.-L. PAULET. — Thèse de Genève, 1920.
- MILLS et J.-M. ANVERS. — *New-York Med. Journ.*, 17 avril 1920.
- FIEVEZ. — *Gaz. des Hôpitaux*, 24 février 1920.

1921

- H. ALLAËYS. — *Revue Belge de Stomatolog.*, nos 4 et 5, 1921.
- LOUIS CHRISTOPHE. — La théorie des infections focales et les travaux de Rosenow. (*Liège Méd.*, nos 46 et 47.)
- J. CAHILL. — *Dental Cosmos*, avril 1921.
- J. B. TORREN. — Oral infection from a physician's view point. (*Dent. Cosmos*, 1921, p. 492.)
- M. PETERS. — *Dent. Cosmos*, 1921, n° 1.
- A. SMITH. — *Dent. Cosmos*, octobre 1921.
- P. HOUSSEY. — Infections périapicales et leurs relations avec l'état général (*Odontologie*, 1921, nos 2 et 3.)
- WATON et AYMES. — L'importance de l'infection bucco-dentaire en pathologie. (*Progrès Médic.*, 1921, n° 22.)
- WATON. — Thèse de Montpellier, 1921.

LEVI. — Septicité buccale des nourrices et hypotrophie des nourrissons. (*Thèse de Lyon*, 1921.)

BERCHER. — Un cas de septicémie bucco-dentaire. (*Rev. de Stomatol.*, 1921, p. 142.)

A. FREY et RUPPE. — Rapport de la septicité bucco-dentaire avec les maladies générales. (*Journ. de Méd. et de Chirurg. pratiques*, 25 mai 1921.)

ROUSSEAU-DECELLE. — *Vie Médicale*, janvier 1921.

BATIGNE. — *Revue internat. de Médecine et de Chirurgie*, 1921, n° 6.)

J. TELLIER. — La septicité bucco-dentaire et les septicémies cryptogénétiques. (*Progr. Médic.*, 1921, n° 6.)

— Septicité bucco-dentaire et chirurgie générale. (*Revue de Chirurgie*, 1921, n° 6.)

CRON. — Pyorrhea alveolaris. (*British Dent. Journ.*, mars 1921.)

WATSON. — *The Lancet*, tome 200, janvier 1921.

BLACK. — Traitement préventif des infections du procès alvéolaire. (*Odontologie*, janvier 1921.)

1922-1924

HOWE. — *Province dentaire*, 1922, n° 2.

CHARCAS-HULIN. — *Odontologie*, 1922, n° 1.

HELME. — *Revue Moderne de Médec. et de Chirurg.*, 1922, p. 21.

TELLIER. — *Revue de Stomatologie*, juin 1922.

NIEDERGANG. — *Presse Médicale*, 1922, n° 86.

LEMELAND. — Influence des lésions dentaires sur la puerpéralité. (*Communicat. à la Soc. d'Odontologie*, 11 mars 1924.)

DUFOUTÈRE. — Un cas de septicémie d'origine bucco-dentaire. (*Odontol.*, juillet 1924.)

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS	9
INTRODUCTION	11
CHAPITRE I ^{er} . — <i>La septicité bucco-dentaire</i>	16
CHAPITRE II. — <i>La septicité bucco-dentaire et ses conséquences</i>	21
1° Etude clinique	22
2° Rapports avec la médecine générale.....	30
3° Rapports avec la chirurgie générale.....	35
4° Rapports avec la puerpéralité.....	39
CHAPITRE III. — <i>La théorie de l'infection focale den- taire. Conséquences thérapeutiques</i>	43
CONCLUSIONS	49
BIBLIOGRAPHIE	51
